

8 1929

Day Lane Medical Library

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE — PROFESSEUR O. BEUTTNER

Les surprises du curettage explorateur et le diagnostic du cancer de l'utérus

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard Carecchio
Genève

Médecin-chirurgien diplômé de la Confédération Suisse
Ancien interne à la Maternité de Genève



GENEVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1927

28

Thèse N° 1248

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Prof. O. BEUTTNER, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 21 Décembre 1927.

Le Doyen :

Prof. Dr M. Roch.

A mes chers parents

Hommage d'affection et de reconnaissance

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'exprimer à notre maître, Monsieur le Prof. O. BEUTTNER, toute notre reconnaissance pour les conseils éclairés et bienveillants qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant notre internat à la Maternité de Genève.

Nous prions aussi Monsieur le Dr M. MOLLOU, chef de laboratoire, de croire à nos sentiments de profonde gratitude pour sa direction obligeante et précieuse.

I. INTRODUCTION

Les gynécologues qui ont l'habitude de faire examiner par des anatomo-pathologistes les produits des curettages qu'ils pratiquent chez leurs patientes, obtiennent assez souvent des résultats inattendus: ainsi, par exemple, alors que les symptômes cliniques parlent en faveur d'une endométrite simple, l'examen histologique des débris ramenés par le curettage explorateur révèle la présence d'un adéno-carcinome ou d'une tuberculose de la muqueuse utérine; ou vice-versa, l'examen microscopique des fragments montre la présence soit d'une endométrite simple, soit d'une néoformation bénigne là où l'on s'attendait, d'après l'aspect clinique, à trouver une affection maligne.

Plus rarement, et c'est le cas le plus curieux, il arrive que l'examen histologique révèle la présence d'un carcinome de la muqueuse utérine, alors qu'à l'examen de la matrice extirpée, on ne retrouve plus trace de néoplasme; ou bien au contraire, l'utérus extirpé est porteur d'un carcinome que l'examen histologique des produits du curettage explorateur n'avait pas décelé.

Le professeur MURET, de Lausanne, a publié sept cas de ce genre¹. Avant lui, 22 cas ont été publiés par LADINSKY² dont 3 cas personnels et 19 tirés de la littérature du sujet.

La totalité des cas est donc de 29 à ce jour. Malgré ce nombre assez restreint, nous ne croyons pas pouvoir taxer ces cas de très rares, étant donné que beaucoup d'entre eux, considérés comme étant peu clairs ou comme

¹ MURET. Les surprises du curettage explorateur et le diagnostic du cancer de l'utérus *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Paris, novembre-décembre 1916.

² LADINSKY. Complete Removal of early carcinoma of the uterus by exploratory curettage. Report of three cases in *American Journal of Obstetrics* 1915, vol. LXXI, p. 145.

erreurs de diagnostic, ont échappé à la publication. Nous basons ce jugement sur le fait qu'à la Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Université de Genève, 5 cas au moins ont été observés en l'espace de 4 ans.

Le but de notre travail est d'enrichir la littérature encore de 5 cas ayant des analogies avec les cas du Prof. MURET.

Dans son travail, le Prof. MURET classe les faits de la façon suivante :

- 1^o Le diagnostic de carcinome du corps de l'utérus a été posé à la suite d'un examen histologique des produits d'un curettage, mais l'utérus extirpé ne présente aucune trace d'une affection maligne.
- 2^o Le curettage explorateur donne un examen positif; l'examen de l'utérus extirpé, négatif au début, permet, après de longues et patientes recherches, de retrouver quelques traces du carcinome.
- 3^o Le curettage positif n'a pas été suivi d'une opération radicale et cependant, la malade demeure guérie.
- 4^o Le curettage est négatif et l'examen de l'utérus extirpé fait constater l'existence d'un carcinome qui a échappé à la curette.

Nous ne possédons pas parmi nos cas d'exemple appartenant aux groupes 2 et 3. Certains d'entre eux rentrent dans le groupe 1, d'autres font partie du groupe 4. La plupart de nos cas présentent des particularités qui les différencient des cas du Prof. MURET, particularités dont nous reparlerons. Trois de nos cas ont fait l'objet d'une communication de Monsieur le Dr MOLLOW, chef de laboratoire à la Clinique Obstétricale et Gynécologique de l'Université de Genève, à la Société de Gynécologie de la Suisse Romande ¹.

¹ *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, N° 19, p. 449, 1927.

II. OBSERVATIONS.

Cas No 1. — Observation gynécologique N° 87 1926.

Madame B. Emma, âgée de 45 ans; réglée à l'âge de 15 ans, règles irrégulières, abondantes, durant 8 jours, douloureuses. Pas de grossesse. Il y a un an déjà, la malade a présenté des métrorragies abondantes ayant nécessité un curetage explorateur; les débris ramenés par la curette sont examinés à l'Institut Pathologique de l'Université de Genève par le Professeur ASKANASY qui répond: « la muqueuse de l'utérus présente une forte hyperplasie des glandes, qui, par places, sont très dilatées, kystiques, par places sinueuses; elles présentent en général une rangée de hautes cellules cylindriques, par endroits caliciformes. Certaines glandes ont deux et même trois rangées de cellules; elles présentent également des bourgeons épithéliaux.

Diagnostic anatomique: Forte hyperplasie glandulaire de l'endométrium. Pas encore d'image néoplasique. Vu la prolifération épithéliale assez marquée, il serait indiqué de suivre attentivement le cas ».

Les métrorragies se reproduisent en juillet 1925, puis à plusieurs reprises en janvier et février 1926. En plus des pertes de sang, la patiente présente des pertes jaunâtres, abondantes, tachant le linge.

Elle entre dans le service de Gynécologie le 23 février 1926.

A l'examen de la malade, on constate à *l'inspection*, des pertes sanguines et un abdomen augmenté de volume. La palpation fait percevoir une résistance remontant à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse et séparée de la matrice par un sillon. A la percussion, on obtient de la sonorité partout sauf au niveau de la tumeur. *Au toucher*, la vulve et le vagin ne présentent rien de particulier. Le col est gros, métritique, raccourci, en position normale; la

lèvre antérieure est irrégulière; l'orifice externe est perméable pour la pulpe du doigt.

Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une résistance dure, arrondie, de surface régulière, qui est probablement le corps de l'utérus. Derrière lui, on constate la présence d'une tumeur kystique, paraissant accolée à la paroi postérieure; cette tumeur est mobile avec l'utérus. Dans le cul-de-sac latéral droit, on perçoit également un noyau dur. Du côté gauche, on ne constate rien de particulier. *Au spéculum*, on aperçoit un gros col avec un orifice externe circulaire et quelques œufs de Naboth. Devant ce tableau, on pense à un fibro-myome ou à une tumeur kystique rétro-utérine. En conséquence, on propose l'intervention qui est acceptée. Auparavant, comme la malade continue à perdre du sang, on fait encore un curettage explorateur. Les débris ramenés sont examinés dans le laboratoire de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de l'Université de Genève par le Docteur MOLLOW. Voici *les résultats de cet examen*: Muqueuse utérine passablement épaissie et très riche en glandes, dont la plupart fortement dilatées constituent de petits kystes sphériques remplis de sécrétion et de cellules desquamées. L'épithélium de revêtement des glandes est en active prolifération, souvent en plusieurs couches, mais les cellules épithéliales conservent leur typicité. On extirpe la matrice à cause de la tumeur diagnostiquée plus haut. A l'opération, on constate que c'est la matrice augmentée de volume qui a été prise à l'examen initial pour une tumeur; elle est grosse, un peu ramollie et porte deux noyaux myomateux sous-séreux. Les ligaments larges sont peu développés, surtout à droite.

Description macroscopique de la pièce extirpée: Matrice avec ses annexes, amputée au niveau du col, à quelques millimètres au-dessous de l'orifice interne. L'utérus est globuleux ayant un diamètre de $7\frac{3}{4}$ cm. Il est mou, lisse, rosé. A la coupe, la cavité utérine est large, remplie de masses tantôt villeuses, tantôt spongieuses dont l'épaisseur atteint par endroits plus de 15 millimètres, de coloration blanc-gri-

sâtre recouvertes de pus. La paroi utérine mesure en moyenne $1\frac{1}{2}$ cm. d'épaisseur, sauf au niveau des cornes utérines et du trajet intra-mural des trompes qui sont fortement élargis et remplis par des masses semblables à celles trouvées dans la cavité utérine. Ici, la paroi utérine atteint en moyenne 3 à 4 millimètres d'épaisseur. La trompe gauche, longue de 8 cm., est un peu sinueuse, perméable; elle est très amincie dans son tiers interne où elle devient filiforme. A ce niveau, le ligament large (mésosalpinx) est fortement hémorragique. Hydatide de Morgagni longuement pédiculée. L'ovaire gauche, dur, blanc, ridé, de dimensions légèrement réduites, présente un kyste folliculaire de la grosseur d'une noisette au niveau de son pôle externe. Il est relié à la trompe par de nombreuses adhérences filiformes. La trompe droite, longue de 10 cm., est également filiforme dans son tiers interne. Dans la région isthmique, elle est coudée en arrière par suite de l'existence d'une adhérence fibreuse membraniforme qui s'attache sur son bord supérieur et qui de là, va se fixer sur le ligament propre de l'ovaire et la face postérieure de la matrice. L'ovaire droit est gros, (5 cm. $\times$ $3\frac{1}{2}$ cm. $\times$ 2 cm.), fluctuant par suite de la présence dans son parenchyme d'un kyste de la grosseur d'une noix.

Examen histologique de la pièce extirpée : On pratique des coupes dans la paroi utérine à différents endroits. On obtient toujours la même image microscopique que celle fournie par l'examen des débris ramenés par le curettage explorateur; en aucun endroit, on n'a pu constater de l'atypicité cellulaire. Les glandes pénètrent par place dans la musculature. Il s'agit en définitive d'une endométrite hyperplasique diffuse à prédominance glandulaire et kystique, à allure macroscopique nettement maligne.

Discussion du cas No 1.

Dans lequel des groupes établis par le professeur MURET devons-nous faire rentrer ce cas? Il y a effectivement surprise ici, mais cette surprise est d'un ordre tout particulier. En effet, les deux examens histologiques pratiqués à une

année d'intervalle, le premier par le Professeur ASKANAZY, dont la compétence ne peut être mise en doute par personne, et le second par le chef de laboratoire de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de l'Université de Genève, le Dr MOLLOW, ont donné le même résultat que celui obtenu à l'examen histologique de la matrice extirpée, examen également pratiqué par le Dr MOLLOW. Du reste, on s'attendait à ce résultat puisque la matrice n'a pas été extirpée à la suite d'indications posées par les examens histologiques des curettages explorateurs, mais à cause d'une soi-disant tumeur siégeant dans la paroi de la matrice ou derrière celle-ci. La surprise consiste dans le fait de constater que la lésion histologiquement bénigne de l'endométrium, se comporte comme une lésion maligne, ce dont on se rend compte par un simple coup d'œil jeté sur la pièce opératoire : épaisseur de plus de 15 millimètres de la muqueuse qui forme des masses spongieuses, friables ; élargissement de la cavité utérine au niveau des cornes surtout et amincissement de

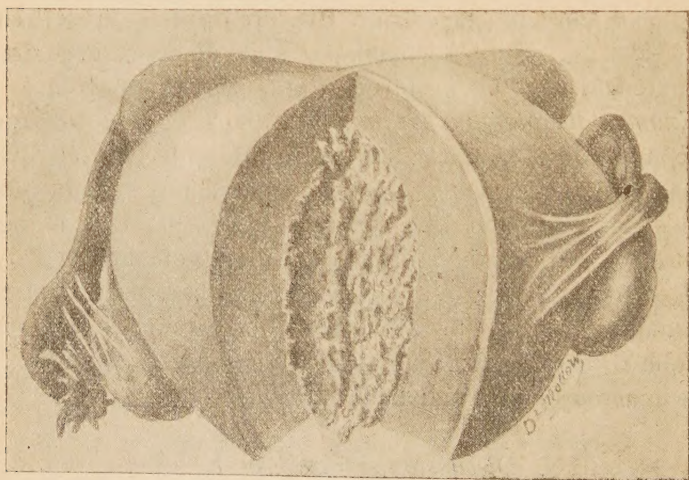


Fig. 1.

la paroi musculaire pénétrée par les glandes en prolifération active (fig. 1). Le Professeur ASKANAZY à qui nous avons mon-

tré la matrice extirpée pour lui demander son opinion sur la lésion dont il s'agissait, nous a répondu: « il faudrait être aveugle pour ne pas voir qu'il s'agit là d'un adénocarcinome de la muqueuse utérine ».

Il résulte de tout cela que nous pouvons classer ce cas dans le quatrième groupe de la classification du Professeur Muret.

Cas N° 2. — Observation gynécologique N° 200, 1926.

Madame V., Adèle, âgée de 55 ans. Régliée à l'âge de 16 ans; les règles sont assez régulières, faibles, ne durant que deux jours; elles sont un peu douloureuses. Pas de grossesse. Ménopause depuis 8 ans. La malade a depuis de nombreuses années quelques pertes blanches. Depuis un an environ, ces pertes deviennent plus abondantes, empèsent et tachent le linge en jaune brun. Depuis deux mois, elles deviennent sanguinolentes. La malade se fait traiter par homeopathie: les pertes cessent au bout de 15 jours pour revenir 8 jours plus tard. La patiente ressent des douleurs sourdes et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Elle consulte alors un spécialiste qui l'envoie à la Clinique Gynécologique afin de procéder à un curettage explorateur. Elle entre dans le service de Gynécologie le 3 juin 1926.

A l'examen de la malade, on constate, au *toucher*, que l'utérus semble plutôt petit, bien que sa cavité mesure 8 cm. à l'hystéromètre. Sa position est normale. Du côté droit, on sent une tumeur dure, de surface irrégulière, mobile. On pose le diagnostic de matrice myomateuse et on conseille l'intervention. Comme la malade continue à perdre du sang, on fait auparavant un curettage explorateur. *L'examen des débris ramenés* est pratiqué dans le laboratoire de la Clinique Gynécologique par le Dr Mollow. Voici ce que répond ce dernier; « Muqueuse utérine à glandes fortement dilatées, kystiques par

places et à surface hérissée de papilles serrées, revêtues d'un épithélium typique. Le stroma, relativement peu abondant est infiltré d'éléments nobles. En somme, endométrite glandulaire hyperplasique et kystique.

On procède à l'*extirpation de la matrice* à cause du myome diagnostiqué à l'entrée. A l'opération, on constate que l'utérus est en position normale, augmenté de volume et porteur de plusieurs noyaux myomateux sous-séreux.

Description macroscopique de la pièce extirpée : La pièce se compose de la matrice amputée à peu près au niveau du tiers supérieur du col, et de ses annexes. L'utérus mesure 5 cm. de largeur, 4 1/2 cm. d'avant en arrière et 8 1/2 cm. de hauteur. Il est de consistance ferme, élastique, de coloration rouge-foncé, de surface lisse. Dans la région de la corne utérine droite, en avant, il existe un noyau myomateux fortement proéminent, gros comme une noix. La face antérieure porte, près de l'isthme, deux noyaux myomateux de volume égal, durs, de coloration blanc-jaunâtre, très proéminents, avec tendance à se pédiculiser, de forme irrégulièrement ovoïde, de la grosseur d'un petit œuf de poule. Un noyau myomateux réniforme, à développement intra-ligamentaire, est situé sur le bord droit de l'utérus ; son plus grand axe, d'avant en arrière, mesure 8 cm. et son plus petit axe, 5 cm. sa convexité regarde le bord utérin et repousse l'utérus à gauche. A la coupe, la cavité utérine mesure 7 1/2 cm. Elle est remplie par une tumeur molle, à surface finement mamelonnée. Cette tumeur, de la grosseur d'un petit œuf de poule, forme un polype largement implanté sur la paroi postérieure de l'utérus. Malgré la mollesse de la tumeur qui se laisse déprimer, sa surface est résistante. Elle ne se laisse pas facilement déchirer avec le doigt. En raclant la surface avec un scalpel, le tranchant de celui-ci glisse sur la tumeur sans enlever des parcelles de tissu. A la coupe, le centre de la tumeur est grisâtre, diffus, entouré de tissu finement spongieux, de coloration rose pâle, le tout contenu dans une coque blanchâtre d'une épaisseur moyenne de 1 millimètre. La trompe droite est normale. L'ovaire

droit est petit, scléreux. La trompe gauche est également normale; l'ovaire est comme du côté droit. Dans la région ampullaire de la trompe, entre celle-ci et l'ovaire, il existe dans le ligament large un kyste fortement tendu, rénitent, translucide, de la grosseur d'une noisette (kyste parovarique). La région ampullaire de la trompe et son pavillon sont étalés à la surface de ce kyste.

Examen histologique du polype utérin. Le centre de la tumeur est constitué par une substance finement granuleuse contenant des cellules néoplasiques en voie de régression, des débris nucléaires et des leucocytes polynucléaires. Cette substance est entourée d'une zone mesurant plus d'un centimètre d'épaisseur, composée d'un tissu néoplasique épithélial, consistant en formations glandulaires ou en petits îlots de cellules épithéliales du type de la muqueuse utérine plongés dans un stroma fibrillaire peu abondant, qui, vers la périphérie est fortement infiltré d'éléments mobiles. La coque résistante entourant cette zone est formée d'un réseau de fibrine contenant un grand nombre de polynucléaires dans ses mailles.

Le néoplasme ne dépasse pas le pédicule de la tumeur. En dehors de celui-ci, dans le muscle utérin, on ne constate aucun élément néoplasique.

Discussion du cas N° 2.

Dans ce cas, à l'examen du curettage explorateur, on a diagnostiqué une endométrite glandulaire hyperplasique et kystique tandis que sur la pièce opératoire, on découvre un gros polype néoplasique occupant entièrement la cavité utérine. Nous devons par conséquent le ranger dans le *quatrième groupe de la classification du Professeur Muret*.

Ne pourrait-on pas incriminer dans ce cas la technique du curettage explorateur? Cette objection semble fort judicieuse étant donné le volume considérable du polype néoplasique qui remplit toute la cavité utérine. Il n'existe pas de cas similaire dans le travail du Professeur MURET. En effet, dans un des sept cas qui y sont enregistrés, il s'agit d'un

carcinome au début, dissimulé derrière un noyau fibro-myo-mateux sous-muqueux (observation de SEMON¹ citée par LADINSKY). Dans 4 cas cités par BURCKHARDT² un carcinome au début également, a été découvert en petits foyers au fond de l'utérus ou dans les angles tubaires; grâce à leur situation, ces petits foyers avaient échappé à la curette. Enfin dans le cas du Professeur MURET, il s'agit d'un carcinome plus avancé, mais développé plutôt en profondeur qu'en surface,

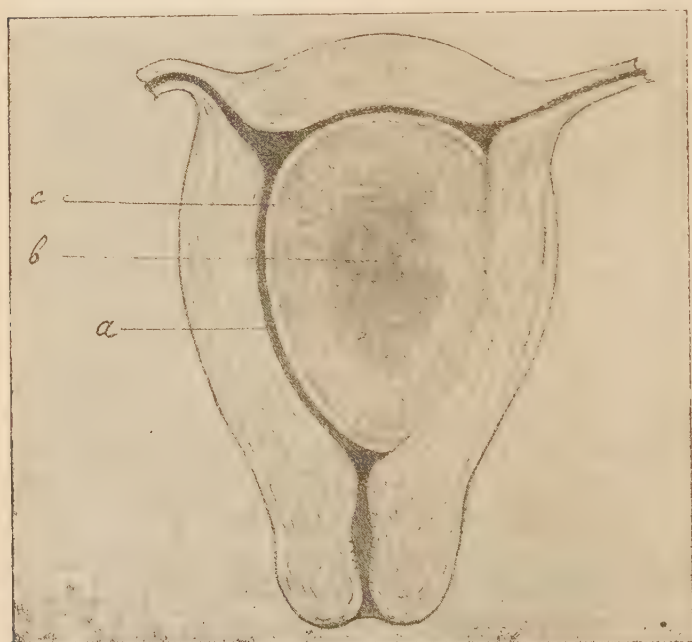


Fig. 2

a) Cavité utérine. b) Polype néoplasique et sa coque de fibrine.

On voit sur cette figure que la surface de la tumeur a pu être facilement confondue pendant le curettage avec la paroi utérine.

¹ SEMON — *Med. Klinik* 1910.

² BURCKHARDT — *Zeitschrift für Geb. u. Gyn.* Vol. LXXV 1914.
Über den Wert der Probeausschabung zur Diagnose der Carcinoma corporis uteri.

formant une petite ulcération non proéminente et cachée dans l'angle tubaire droit.

Dans notre cas, la tumeur néoplasique remplissant toute la cavité utérine, n'aurait pas dû échapper à la curette. Cependant lors du curettage, l'opérateur n'a pas même soupçonné son existence. Et ceci se comprend facilement, si l'on songe à sa large implantation sur la paroi utérine. Un simple coup d'œil sur la figure 2 nous explique mieux que toute description ce fait. D'autre part, si aucun débris de la surface du polype néoplasique n'a été ramené par la curette, c'est parce que, comme nous l'avons vu plus haut, cette surface présentait une forte résistance.

Cas No 3. — Observation gynécologique N° 297, 1926.

Madame F. Augustine, âgée de 48 ans. Dans ses antécédents héréditaires, on note que la mère est morte de cancer de l'estomac. Un frère serait mort de tumeur à la nuque. Régliée à l'âge de 14 ans, règles régulières et abondantes durant 8 jours, très douloureuses. Leucorrhée fréquente, souvent sanguinolente. Pas d'accouchement. Depuis une année environ, les règles deviennent irrégulières s'espacent quelquefois de 2 ou 3 mois. La malade pense à la ménopause et ne s'en inquiète pas. Depuis ses dernières règles du 28 juin 1926, l'écoulement sanguin ne tarit plus. Finalement, la malade se décide à consulter un médecin de la ville qui l'envoie aussitôt à la Clinique Gynécologique. Elle entre dans le service de Gynécologie le 1^{er} sept. 1926. A l'entrée, on constate qu'il s'agit d'une malade de petite taille, présentant un état général médiocre.

A l'examen de la patiente, l'inspection ne montre rien de particulier. La palpation et la percussion de l'abdomen ne révèlent rien d'anormal. Au toucher, on constate que le col est en antéversion, un peu en avant de la ligne interspinale, plutôt petit. Le corps est en rétroflexion, un peu augmenté de volume, de consistance plutôt dure, le fond

un peu dévié du côté droit. Les paramètres sont libres, le Douglas est souple. Comme la malade continue à perdre du sang, on procède à un curettage explorateur. L'examen des débris ramenés par la curette est fait dans le laboratoire de la Clinique Gynécologique par le Dr MOLLOW. En voici le résultat : « Fragment de muqueuse utérine assez fortement épaissie et vascularisée. Les vaisseaux sont gorgés de globules rouges. Le stroma est infiltré de globules rouges qui forment par places des foyers hémorragiques. Les glandes sont dilatées, riches en invaginations et papilles. En certains points, les cellules deviennent atypiques et forment des îlots en dehors de la basale. En somme, dans certains fragments, on trouve une image nette d'adénocarcinome ; ce diagnostic est confirmé par le Professeur ASKANAZY. Etant donné le résultat du curettage explorateur, on décide d'extirper la matrice.

A l'opération, on constate que l'utérus est de taille à peu près normale et que les annexes ne présentent rien de particulier.

Description macroscopique de la pièce extirpée : La pièce opératoire se compose de l'utérus totalement extirpé et des annexes. La matrice mesure 10 cm. de haut en bas, $5\frac{1}{2}$ cm. d'une trompe à l'autre et $1\frac{3}{4}$ cm. d'avant en arrière au niveau du fond utérin. La matrice est lisse, sans adhérences. A la coupe, le col mesure $5\frac{1}{2}$ cm. de longueur. Il existe un noyau myomateux comme une noisette dans la paroi postérieure, près de la corne gauche. La cavité utérine est lisse ; la muqueuse mesure $1\frac{1}{2}$ mm. d'épaisseur environ. Les trompes ne présentent rien de particulier, les ovaires sont petits et durs.

A l'examen histologique de la muqueuse utérine, cette dernière ne présente nulle part trace de lésions néoplasiques.

La plaie opératoire se cicatrise p. p. et la malade quitte le service avec un état général tout à fait satisfaisant. Elle est actuellement en parfait état de santé.

Discussion du cas No 3.

Il existe dans ce cas une divergence complète entre le

diagnostic histologique qui dénote un adénocarcinome net de la muqueuse utérine et celui de l'utérus extirpé qui ne présente ni à l'examen macroscopique ni à l'examen histologique trace de néoplasie. Sa place est donc tout à fait indiquée dans le premier groupe de la classification du Professeur MURET.

Comment expliquer les faits de ce genre. L'explication est facile quand il s'agit de certains polypes carcinomateux de la muqueuse utérine; en effet, et c'est un fait d'observation courante, la néoplasie débute presque toujours à la périphérie des polypes en voie de transformation maligne et le pédicule reste longtemps indemne. Il est facile de comprendre que, dans des cas pareils on peut obtenir la guérison du carcinome par la curette qui supprime les polypes. Mais, quand il s'agit d'un carcinome diffus de la muqueuse ou d'un carcinome plus ou moins étendu en surface, il est plus difficile d'expliquer sa disparition complète par le curettage explorateur. Il faut admettre dans ces cas, que la curette a surpris le carcinome tout à fait à son début, à la surface de la muqueuse utérine, ou bien que le carcinome s'est développé du côté de la cavité utérine comme cela arrive souvent pour les carcinomes du col de la matrice. En effet, au point de vue de l'extension de la néoplasie, on connaît pour cet organe, trois sortes de carcinomes :

1^o Les carcinomes végétants qui se développent en surface et forment parfois de grosses masses en chou-fleur remplissant le fond du vagin avant d'intéresser les tissus profonds.

2^o Les carcinomes pénétrants, qui détruisent profondément le tissu cervical sans former de proéminence à la surface de la portion vaginale.

3^o Les carcinomes mixtes, végétants et pénétrants à la fois.

On pourrait se demander si la disparition du carcinome dans ces circonstances n'est pas qu'apparente. Le Professeur MURET signale dans son travail des cas, où un examen plus

complet de l'utérus, débité tout entier en coupes par séries, a permis de retrouver de petits foyers cancéreux qui avaient échappé à un examen moins minutieux. Il rapporte également un cas où l'examen histologique le plus minutieux de la matrice extirpée par voie vaginale pour adénocarcinome papillifère, n'a pas décelé la moindre trace de néoplasme, mais où, deux ans après, il s'est développé chez l'opérée un kyste malin de l'ovaire gauche qui présente à l'examen histologique la même structure que celle des produits de curettage (adénocarcinome papillifère) examinés avant la première opération.

Dans notre cas, la guérison se maintient depuis 14 mois. Dans le cas suivant, où les conditions sont à peu près semblables, la guérison se maintient depuis 4 ans. Le Professeur MURET signale des cas où des malades, trouvées porteuses d'adénocarcinomes de la muqueuse utérine, et ayant refusé toute intervention chirurgicale, sont restées guéries après le simple curettage qui a fait découvrir leur affection maligne.

Cas No 4.— Observation gynécologique 366, 1923.

Madame R. Césarine, âgée de 39 ans. Régliée à l'âge de 11 ans, les règles sont régulières, abondantes, durant 8 jours; elles s'accompagnent de violentes migraines. Deux accouchements normaux. Dernières règles le 2 octobre 1923. Les menstrues des deux derniers mois se sont accompagnées de douleurs sourdes dans le bas ventre. Le 2 octobre 1923 après des règles de durée habituelle et un intervalle de huit jours, la malade recommence à perdre du sang; les pertes sont particulièrement abondantes le matin et durent avec des intermittences jusqu'au 28 octobre 1923. Ce jour-là, la malade fait une hémorragie très importante. Elle fait alors appeler un médecin de la ville qui pense à un avortement et remet la malade, pour curettage, au docteur MOLLOW, chef de la Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Université de Genève. Le curettage ramène une énorme quantité

de masses rouges, friables et spongieuses. Bien que les fragments ramenés par la curette eussent une ressemblance avec du placenta, le Dr MOLLOW considérant que le placenta ne doit pas exister au début de la grossesse, (la malade n'ayant eu aucun retard de règles), emporte quelques fragments en vue d'un examen histologique. L'épaisseur de ces fragments atteint par place 2 cm. Le microscope révèle la présence d'un adénocarcinome bien caractéristique de la muqueuse utérine. Depuis le 28 octobre 1923, la malade accuse quelques douleurs dans le dos et des coliques abdominales. C'est sur ces entrefaites que la patiente, sur le conseil du Dr MOLLOW, entre dans le service de gynécologie pour y être opérée.

Il s'agit d'une femme fortement anémiée. A l'examen de la malade, on constate, à *l'inspection*, que l'abdomen est relâché et flasque. A la *palpation*, on ne sent aucune résistance; il n'y a pas de ganglions. La *percussion* montre partout de la sonorité. Au *toucher*, la vulve et le vagin ne présentent rien de particulier. Le col est en arrière de la ligne interspinale et très augmenté de volume, spécialement sa lèvre postérieure. L'orifice externe et le canal cervical sont perméables pour un doigt sur une longueur de 1 cm. environ. La lèvre postérieure présente une déchirure transversale. Dans le canal cervical, on sent des masses moins dures, de forme irrégulière. Le corps de l'utérus est en antéflexion, dévié du côté droit, un peu augmenté de volume. Les paramètres sont souples et indolores. Au *spéculum*, on trouve sur le col une érosion papillaire du côté droit de la grandeur d'une pièce de 20 cts. On procède à un second curetage explorateur le 2 novembre 1923. *L'examen des débris* est fait par le Dr MOLLOW qui répond : « Fragments de muqueuse utérine fortement épaissie, atteignant jusqu'à 8 mm. d'épaisseur. Le stroma est très riche en cellules et fortement infiltré d'éléments mobiles dont un grand nombre d'éosinophiles. Les glandes sont très nombreuses, par places hypertrophiées et tortueuses, par places formant des foyers où elles sont très dilatées, avec des formations pseudo-papillaires ou pa-

pillaires dans leur lumière, mais les éléments gardent encore leur typicité. Dans ces foyers, souvent d'assez grandes dimensions, le stroma est très peu abondant et les glandes se touchent. On fait également une biopsie sur le col au niveau de l'érosion. L'examen histologique donne les résultats suivants: Fragment de tissu cervical. Le revêtement stratifié se termine sur un côté par un bourrelet épaissi bordant une perte de substance sans revêtement épithélial laissant à nu le muscle plus ou moins sclérosé; un peu plus loin, on découvre des glandes formant de nombreuses papilles à la surface et dans la profondeur près du bourrelet à épithélium stratifié et quelques petits îlots de cellules épithéliales d'apparence pavimenteuse mais d'aspect typique (métaplasie pavimenteuse dans les glandes). Les glandes sont très fortement dilatées, avec de nombreuses formations papillaires dans la lumière et remplies souvent d'une sécrétion hyaline contenant des cellules desquamées. L'épithélium de revêtement est d'apparence normale. Dans le tissu, infiltration par foyers d'éléments mobiles à prédominance d'éosinophiles. Diagnostic anatomique: Endométrite cervicale hyperplasique et érosion papillifère. Etant donné le diagnostic d'adéno-carcinome posé lors du premier curettage fait en ville, on procède à l'extirpation de la matrice.

A l'opération, on constate que l'utérus est en antéflexion, légèrement augmenté de volume et mobile. Les annexes de chaque côté sont normales.

Description macroscopique de la pièce extirpée: La pièce opératoire se compose de l'utérus et de ses annexes. L'utérus mesure 10 cm. de hauteur, de l'orifice externe du col au fond utérin, 6 1/2 cm. de largeur et 4 1/2 cm. d'épaisseur. Il a une forme en sablier, étant donné la forme du col qui est très gros et en battant de cloche. L'orifice externe forme une fente transversale large, entourée d'une ulcération dans sa partie droite. Cette ulcération s'étend en arrière sur la portion où elle atteint une largeur de 2 cm. La largeur du col est de 6 cm. et son épaisseur de 5 cm. C'est la lèvre postérieure qui est surtout fortement épaissie (3 1/2 cm.). Les

trompes sont légèrement épaissies, lisses, sinueuses, perméables. Les ovaires sont un peu augmentés de volume, riches en petits kystes. A la coupe sagittale, pratiquée sur la paroi antérieure, on constate que l'orifice interne se trouve à 4 $\frac{1}{2}$ cm. de l'externe. La cavité utérine est lisse. Dans l'épaisseur de la paroi postérieure du col, il existe un noyau dur, blanchâtre, ovoïde, de la grosseur d'une noix, allant de la muqueuse de la portion jusqu'à l'orifice interne (fig. 3).



Figure 3

A l'examen histologique de la matrice extirpée, on ne trouve pas trace d'adénocarcinome de la muqueuse utérine. Le noyau du col se trouve être du carcinome pavimenteux baso-cellulaire, donc néoplasme tout à fait indépendant de l'adénocarcinome de la muqueuse utérine diagnostiqué plus haut. Au microscope il présente une structure alvéolaire et cordonale, à petites cellules, sans globes épidermiques. Dans les gros alvéoles, le centre est nécrosé.

La malade quitte le service en bonne santé, et la guérison se maintient depuis quatre ans.

Discussion du cas N° 4.

Dans ce cas, il y a double surprise. Une des surprises consiste dans le fait, de ne pas avoir retrouvé dans la matrice extirpée, l'adénocarcinome bien caractéristique de la muqueuse utérine diagnostiqué quelques jours auparavant, à l'examen histologique des produits d'un curettage pratiqué à l'occasion d'une hémorragie abondante due à un soi-disant avortement.

La seconde consiste dans le fait d'avoir découvert dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col, un gros noyau de carcinome pavimenteux baso-cellulaire, qui, malgré son volume, n'avait jusque là trahi sa présence par aucun symptôme. Il existait bien à son niveau, à la surface du col, une érosion, mais celle-ci n'était aucunement maligne, constituée, du reste, par des éléments glandulaires tandis que le carcinome était d'origine pavimenteuse. Il est curieux de noter que ce noyau néoplasique, malgré ses dimensions considérables, (dimensions d'une noix), est resté nettement circonscrit. Ce carcinome est complètement indépendant de celui de la muqueuse utérine. Il y a dans ce cas, deux carcinomes primitifs.

L'examen histologique de la matrice ne nous a révélé aucune trace de propagation de ces deux néoplasmes. L'adénocarcinome de la muqueuse utérine n'était pourtant pas à son début; la cavité utérine était remplie d'épaisses masses néoplasiques. Dans la musculature utérine, pas trace de pénétration glandulaire. Nous avons là nettement une forme végétante d'adénocarcinome. Il est plus que probable qu'en dehors de l'utérus, il n'y avait pas de métastases dans les organes voisins, puisque la guérison se maintient depuis quatre ans.

Cas N° 5.— Observation gynécologique N° 266, 1924.

Madame B. Cécile, âgée de 33 ans; la malade a toujours joui d'une excellente santé. Régliée à l'âge de 14 ans;

les règles sont régulières, abondantes, durant 4 à 5 jours, un peu douloureuses le premier jour. Pas d'accouchement. Un avortement spontané il y a huit ans. Depuis le mois de janvier 1924, soit depuis 8 mois environ, la malade remarque que ses règles deviennent irrégulières et qu'elles sont plus abondantes qu'auparavant. De plus elle perd des caillots entre les règles. Elle consulte alors un médecin de la ville qui songe à la possibilité d'une grossesse et lui parle d'une tumeur qu'elle aurait à côté de la matrice. Les pertes de sang continuent pendant les mois de juin et de juillet 1924 ; les hémorragies deviennent presque journalières. Entre temps apparaissent des douleurs, surtout au niveau de la fosse iliaque droite avec irradiations dans la cuisse droite et dans le bas du dos. Ces douleurs, presque continues, présentent de temps à autre des exacerbations. La malade va voir un autre médecin de la ville qui diagnostique une tumeur kystique du côté droit et une autre tumeur du côté gauche, tumeur qui pourrait simplement être l'utérus gravide. Afin de pouvoir confirmer le diagnostic de grossesse, le médecin conseille à la cliente de revenir dans quelques semaines. Entre temps, la patiente voit un autre médecin qui lui conseille l'intervention immédiate qui est acceptée. A l'opération, pratiquée dans une clinique, au mois d'août 1924, il y a un mois, on extirpe un kyste du côté droit et un kyste moins volumineux du côté gauche. Cependant, comme après l'intervention les hémorragies continuent, on pratique un curettage explorateur. Dans les produits du curettage, on trouve un œuf de 6 semaines environ. L'examen histologique des débris, pratiqué à l'Institut Pathologique de l'Université de Genève, par le Professeur ASKANASY, révèle la présence d'un adéno-carcinome de la muqueuse utérine. De plus, dans un des kystes ovariens extirpés auparavant le Professeur ASKANASY découvre un adénocarcinome de même nature que celui de la muqueuse utérine. C'est avec ce diagnostic, et en vue d'un traitement opératoire, que la malade entre à la maternité de Genève. Elle entre dans le Service de Gynécologie le 16 septembre 1924.

Il s'agit d'une femme encore jeune, présentant un bon état général.

A l'examen de la malade, on constate à l'inspection de l'abdomen, une incision transversale de RAPIN-KÜSTNER-PFANNENSTIEL, très bien guérie.

Le ventre est tout à fait plat. A la palpation, l'abdomen est souple et indolore. On ne sent aucune résistance. A la percussion, sonorité partout. Au toucher, on constate que le vagin est étroit; col de nullipare en rétroversion, petit. Le corps de l'utérus est en antéflexion, difficilement délimitable. Au spéculum, on aperçoit un col de nullipare tout à fait normal.

Vu le diagnostic d'adéno-carcinome posé lors du curetage explorateur, on décide d'extirper la matrice par voie vaginale.

Hystérectomie vaginale le 17 novembre 1927.

Description macroscopique de la pièce extirpée: la pièce opératoire se compose de l'utérus sans les annexes. La matrice est ouverte dans toute sa hauteur sur la paroi postérieure. Sa hauteur est de 8 cm., sa largeur de 5 cm., son épaisseur d'avant en arrière de 3 1/2 cm. Elle est de surface lisse, de consistance ferme. L'orifice interne est situé à 3 cm. de l'orifice externe. La paroi utérine est légèrement épaissie, mesurant en moyenne 1 1/2 cm. La cavité utérine est lisse, mesurant 6 3/4 cm. de hauteur. Le col ne présente rien de spécial.

Examen histologique de la matrice extirpée: la paroi utérine ne présente rien de particulier. La muqueuse est peu développée, pauvre en glandes très rarement un peu dilatées. Le stroma est par endroits fibrillaire. On ne trouve pas trace d'adénocarcinome.

Discussion du cas N° 5.

Il s'agit dans ce dernier cas d'une matrice gravide de six semaines, porteuse d'un adénocarcinome de la muqueuse utérine. Cette néoplasie a été découverte à l'examen histologique d'un curetage pratiqué pour des métrorragies

que l'on avait attribué auparavant à des kystes ovariens, lesquels ont été extirpés, sans que pour cela les métrorragies cessent. Dans un des kystes, on a trouvé une métastase de l'adénocarcinome utérin.

Sans cette métastase, ce cas aurait été à peu près semblable aux cas N° 3 et 4. Elle le rend particulièrement intéressant.

Le Professeur MURET rapporte dans son travail deux cas semblables. D'abord une observation de RUGE¹, où la malade a succombé un an après l'extirpation de l'utérus à un carcinome du foie. Comme dans notre cas, l'utérus, dans le cas de RUGE, a été enlevé pour un adénocarcinome diagnostiqué à l'examen histologique d'un curettage explorateur, mais la matrice extirpée n'en présentait pas trace.

Notre cas diffère de celui-ci et du suivant par le fait que la métastase a été découverte avant le curettage explorateur dont l'examen histologique a démontré la lésion primitive.

Dans le second cas, qui lui est personnel, deux ans après l'ablation d'une matrice pour adénocarcinome et trouvée indemne de néoplasme, le Professeur MURET a extirpé un kyste malin de l'ovaire gauche, qui présentait les mêmes caractères histologiques que le produit du curettage pratiqué avant l'ablation de la matrice.

¹ RUGE Communication à la Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie « Zu Berlin » 27 mars 1896. *Zentralbl. f. Gyn.* 1896, N° 19, p. 515, et *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, vol. XXXIV, 1896.

CONCLUSIONS

Nous ne pouvons que confirmer ici les conclusions que le professeur MURET a dégagé de son travail sur le sujet qui précède, savoir :

Le curettage de la cavité utérine pratiqué aussi complètement que possible, en vue d'un examen histologique à faire faire par un pathologiste compétent, est et demeure le moyen le plus sûr et le meilleur de diagnostiquer le carcinome du corps de l'utérus, même et surtout au début.

Dans les cas tout-à-fait exceptionnels, la curette peut enlever en totalité un carcinome peu étendu en surface et en profondeur, tel qu'il existe au début, ou bien un polype carcinomateux, dont la base ou le pédicule sont indemnes.

Ces faits très exceptionnels peuvent faire admettre la possibilité d'une guérison apparente ou même réelle à la suite d'un curettage positif, mais non suivi d'une opération radicale.

En cas d'opération radicale, l'utérus peut alors être indemne de toute trace de carcinome, ce que prouve l'examen complet de l'organe en coupes par séries.

Il existe aussi des cas intermédiaires, dans lesquels l'utérus en apparence indemne, contient encore quelques parcelles du néoplasme malin, plus ou moins difficiles à déceler.

Ces cas exceptionnels, quelque favorables qu'ils puissent paraître, ne mettent pas les opérées d'une façon absolue à l'abri de métastases ultérieures dans d'autres organes.

Ils sont utiles à connaître malgré leur rareté, car il faut savoir qu'ils ne sont pas nécessairement le fait d'erreurs de diagnostic, mais que leur existence est scientifiquement démontrée.

Il résulte de ce qui précède que le curettage explorateur, lorsqu'il donne un résultat positif, donne toujours l'indication de l'opération radicale, même alors qu'il serait suivi d'autres curettages avec résultats négatifs.

Dans quelques cas exceptionnels, un épithélioma au début, et circonscrit, peut être situé de telle façon qu'il échappe à un curettage même très complet.

Il résulte de ce fait qu'en face du résultat négatif ou douteux d'un curettage explorateur, et de symptômes cliniques suspects, ces derniers peuvent, à eux seuls, donner à juste titre l'indication opératoire. Etant donné les surprises que réserve souvent l'examen des produits du curettage, tout curettage doit être suivi d'un examen histologique pratiqué par un spécialiste compétent.

A ces conclusions fort judicieuses, nous pouvons ajouter les suivantes :

Exceptionnellement, un carcinome de la muqueuse utérine bien développé, mais circonscrit, peut échapper à la curette par le fait d'une coque résistante de fibrine qui l'enveloppe.

Dans un de nos cas, la curette a ramené des fragments d'une lésion histologiquement non maligne de l'endothélium ; cette bénignité a été reconnue à l'examen de l'utérus enlevé mais la lésion présentait macroscopiquement une allure maligne.

BIBLIOGRAPHIE

- MURET — Les surprises du curettage explorateur et le diagnostic du cancer de l'utérus. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, novembre-décembre 1926.
- MOLLOW — Communication a la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse Romande. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, N° 19, 1927, p. 449.
-